UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 69

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE

(ASPIRATION GASTRIQUE DIRECTE)

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1963

PAR

Georges BELLE

Membres du Jury	MM. P. FABRE	*Président*
	POULHES	*Assesseurs*
	LAGROT	
	LARENG	
	BASTIDE	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE JULIA
2, rue Temponières

1963

Georges BELLE

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE.

Toulouse - Imp. Julia, 1963, in-8° (38 pages).

Thèse Médecine - Toulouse - N° 69

Georges BELLE

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE.

Toulouse - Imp. Julia, 1963, in-8° (38 pages).

Thèse Médecine - Toulouse - N° 69

Georges BELLE

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE.

Toulouse - Imp. Julia, 1963, in-8° (38 pages).

Thèse Médecine - Toulouse - N° 69

Georges BELLE

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE.

Toulouse - Imp. Julia, 1963, in-8° (38 pages).

Thèse Médecine - Toulouse - N° 69

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0085

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE
EN
CHIRURGIE ABDOMINALE
(ASPIRATION GASTRIQUE DIRECTE)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1963 N° 69

GASTROSTOMIE TEMPORAIRE EN CHIRURGIE ABDOMINALE

(ASPIRATION GASTRIQUE DIRECTE)

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1963

PAR

Georges BELLE

Membres du Jury

MM. P. FABRE ..... *Président*

POULHES ..... *Assesseurs*

LAGROT ..... *Assesseurs*

LARENG ..... *Assesseurs*

BASTIDE ..... *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE JULIA
2, rue Temponières

1963

R. UNIV. BIBLIOTHEEK GENT

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	LAZORTHES.
1er Assesseur		Blanc.
2e Assesseur		SOREL.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET, LEFÈBVRE.
Professeurs honoraires		Brustier, VALLOIS, RIBAUT, TAPIE, DELAS, RISER.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	MÉRIEL.
Clinique médicale		GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique		FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du cancer		GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne.		MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires		Lhez.
Clinique des maladies de 1ère enfance		BARDIER.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL.
Clinique de neurologie et psychiatrie		GÉRAUD.
Clinique osbtétricale		GUILHEM.
Clinique odonto - stomatologique		CADENAT (H.).
Clinique ophtalmologique		CALMETTES.
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique Rhumatologique		Ruffié (René).
Clinique traumatologique des membres.		RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER.
Anatomie		LAZORTHES.
Anatomie appliquée		POULHES.
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Bactériologie, hygiène et médecine sociale		ANDRIEU.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ.
Electro-radiologie		MARQUÈS.
Embryologie		BROUSSY.
Histologie		BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		DARNAUD.
Médecine légale et du travail.		PLANQUES.
Médecine sociale		BOU NHOURE.
Parasitologie		BOUISSET.
Pathologie chirurgicale		Dambrin.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Physico-Chimie		AUVERGNAT.
Physiologie.		LAPORTE (Y.).
Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET.
Physique biologique et médicale.		BUGNARD.
Propédeutique médicale		LAPORTE (J.).
Thérapeutique		DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	MM.	COULOUMA.
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale.	MM.	DOUSTE-BLAZY.
Histologie et Embryologie		PLANEL.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Parasitologie.		RUFFIÉ (J.).
Physiologie.		MONTASTRUC.
Physique médicale.		BRU.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	M.	Bastide.
Anatomie pathologique		BOUISSOU.
Anastésiologie		Lareng.
Carcinologie		Estrade
Chirurgie générale		GÉDÉON.
Electro-Radiologie.		PONS.
Hématologie.		DUCOS.
Histologie et embryologie		GUILHEM (A.).
Médecine Générale		MONNIER.
Oto-rino-laryngologie.		CLAUX.
Pathologie expérimentale		Gleizes.
Physiologie		Bessou.
Physique médicale		Commanay.

AGRÉGÉS

Médecine générale	MM.	Rascol, Ribaut, LE TALLEC. CALAZEL, RIBET.
Chirurgie générale	MM.	ENJALBERT, FICAT, PASQUIÉ, Souquet, Sarrazin. GAUBERT.
Dermatologie et syphiligraphie		Dupré.
Hydrologie		Denard.
Médecine légale.		GRÈZES-RUEFF.
Neurochirurgie		ESPAGNO (J.)
Neurologie et psychiatrie		GAYRAL
Obstétrique		ESPAGNO (G.).
Ophtalmologie		BEC.
Pneumo-Phtisiologie		DELAUDE.

AGREGES LIBRES

Anatomie.	MM.	THOMAS.
Pathologie chirurgicale.		DIEULAFÉ.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M.	BOURBON.
Chimie pharmaceutique		BLANC.
Matière médicale		VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie.		CAUJOLLE.
Pharmacie galénique		STANISLAS.
Zoologie	M.	ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	COUTURIER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie.	MM.	BREUILLAUD.
Sciences naturelles.	Mme	Caujolle
Sciences physiques		PITET.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Toxicologie		Broussy (G.)

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M.	ROCHE.
Secrétaire		Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME ET MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FABRE

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique
Officier de la Légion d'honneur

Vous nous avez fait le très grand honneur de présider notre jury de Thèse.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

À NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. POULHÈS

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux

Avec nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en participant à notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LAGROT

Professeur à la Faculté - Chirurgien des Hôpitaux

Vous avez bien voulu nous confier le sujet de cette thèse.
Nous sommes fier de vous avoir pour juge et de pouvoir vous exprimer notre gratitude et notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. LARENG

Maître de conférence Agrégé d'Anesthésiologie
Anesthésiologiste des Hôpitaux

En gage de notre gratitude pour sa bienveillance et la qualité de son enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. BASTIDE

Maître de conférence Agrégé d'Anatomie à la Faculté
Chirurgien assistant des Hôpitaux

En reconnaissance de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger cette thèse.

A TOUS MES MAITRES

DES FACULTES ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES

DE L'ECOLE D'ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

A MONSIEUR LE DOCTEUR COSTAGLIOLA MICHEL

Interne des Hôpitaux

En remerciement de l'aide efficace et dévouée qu'il m'a apportée dans la réalisation de ce travail.

A TOUS MES CAMARADES D'ETUDES

PLAN

Introduction.

Arguments en faveur de la gastrostomie temporaire.

— Inconvénients de l'Aspiration naso-œsophago-gastrique ;

— Simplicité de la Gastrostomie temporaire à minima ;

— Avantages de l'aspiration transpariétale directe.

Indications de la Gastrostomie temporaire.

I. - Chirurgie de l'estomac

— Gastrectomie,

— Ulcère duodénal.

II. - Chirurgie des voies biliaires.

III. - Indications d'ordre général.

Résultats.

— Travaux étrangers.

— Observations.

Conclusions.

Bibliographie.

INTRODUCTION

La plupart des interventions abdominales d'une certaine importance, et notamment celles qui intéressent l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et les voies biliaires, sont suivies de stase et de dilatation gastro-intestinales. Il est devenu désormais classique de compléter le geste chirurgical essentiel par une aspiration nasogastrique permettant la décompression digestive et facilitant la reprise d'un transit normal : la nécessité, donc, de l'aspiration gastrique ou gastroduodénale dans la période post-opératoire de la chirurgie abdominale majeure, ne se discute plus.

Si cette aspiration peut se faire par voie naso-œsophagienne, il existe une autre méthode moins classique, qui est l'aspiration réalisée par *gastrostomie temporaire à minima.*

Certes cette méthode apparaît comme révolutionnaire. Nous mêmes l'avons considérée comme telle au début et c'est très progressivement que nous y sommes venus.

C'est à la suite des publications de THOREK, PAREIRA, GILDCHRIST et LIPPERT que nous avons adopté systématiquement cette méthode d'aspiration.

ARGUMENTS EN FAVEUR
DE LA GASTROSTOMIE TEMPORAIRE

Trois sortes d'arguments nous ont conduits à ce mode d'aspiration gastroduodénale directe :

1) d'une part, les inconvénients et les accidents parfois sévères de l'aspiration naso-œsophago-gastrique classique ;

2) d'autre part, la simplicité de la technique de la gastrostomie à minima, de sa surveillance et de ses suites ;

3) enfin, les avantages remarquables de l'aspiration gastroduodénale directe.

I. - Les inconvénients de l'aspiration naso-œsophago-gastrique.

La sonde d'aspiration placée par voie œsophagienne, n'est pas sans inconvénients : elle gêne, peut provoquer des lésions, elle est souvent peu efficace, elle est aveugle.

a) tout d'abord, elle est mal supportée par le malade dès qu'elle est laissée un temps assez long. Elle provoque une gêne considérable au niveau de l'oropharynx ; elle fatigue le malade déjà affaibli ; c'est souvent le plus mauvais souvenir post-opératoire conservé par le malade.

b) d'autre part, ont été décrits des cas :

— de nécrose de la muqueuse nasale,
— d'ulcération du nasopharynx,
— d'ulcérations œsophagiennes,
— de lésions d'œsophagite congestive.

c) les vomissements post-opératoires persistent parfois quand la sonde se bouche, s'enroule, amenant alors à des intubations répétées ;

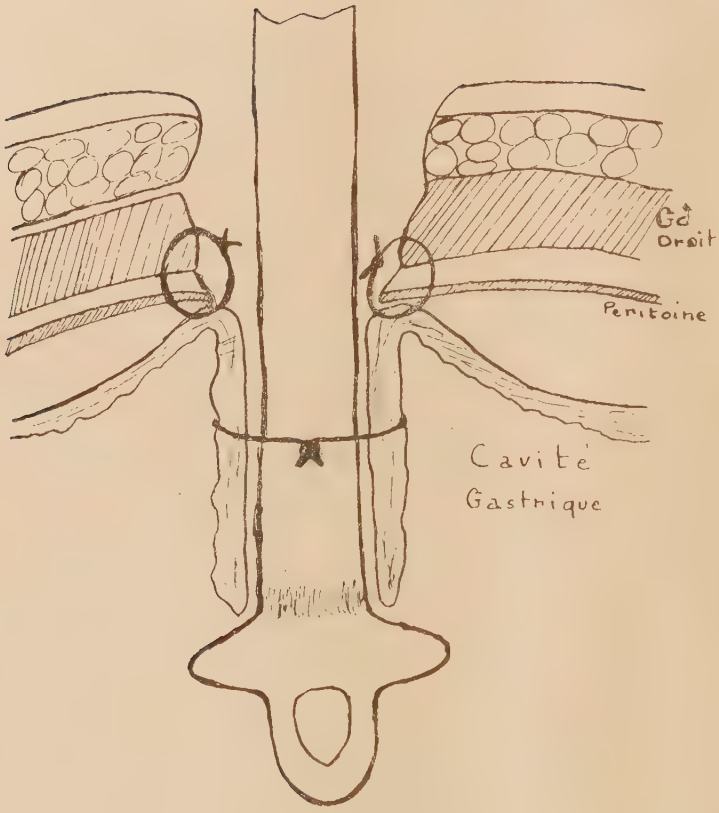
d) cette aspiration, de plus, qu'elle soit continue ou discontinue, est aveugle et contribue à augmenter le déséquilibre hydro-électrolytique post-opératoire de ces malades.

A cause de tout cela, nous avons été séduits par l'idée d'une aspiration gastroduodénale directe, celle-ci étant en premier lieu remarquable par sa simplicité.

II. - La simplicité de la gastrostomie temporaire a minima.

1° *La Technique.* — On pratique à la pointe du bistouri électrique, à la face antérieure de l'estomac sur l'antre, une gastrostomie à minima punctiforme par laquelle est placée une sonde de Pezzer n° 20. Cette sonde est fixée et enfouie par une bourse au gastergut 00. Deux autres fils de gastergut sont placés à 1 cm ou 2 cm de part et d'autre de l'orifice de gastrostomie, l'un en haut, l'autre en bas : ces fils amarreront l'estomac sur une petite surface au péritoine pariétal antérieur. La sonde passe à travers l'incision pariétale (médiane sus-ombilicale), et est ensuite, au cours de la fermeture de la paroi, solidement fixée à la peau. Un petit détail qui a son importance : la sonde de Pezzer doit rester intacte ; on ne doit pas la décapiter, car elle ferait alors ventouse sur la muqueuse gastrique postérieure. Une sonde de Malecot peut également remplacer avantageusement la sonde de Pezzer.

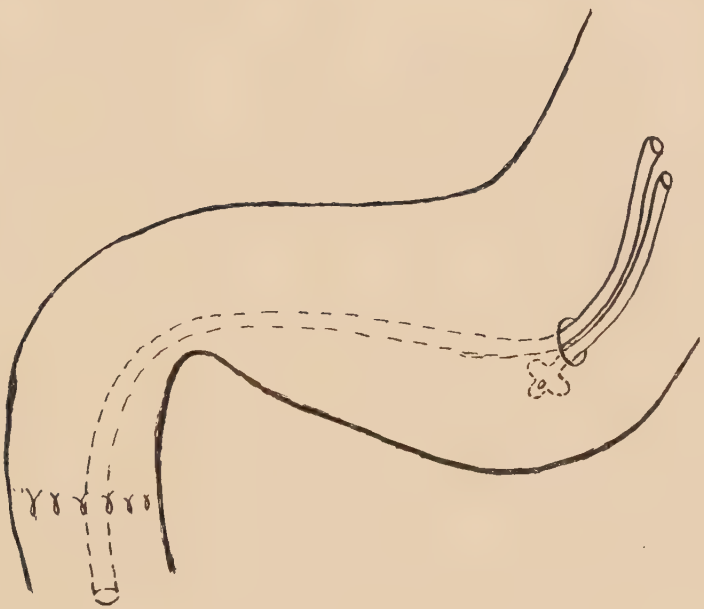
1) Amarrage de la Sonde de Pezzer. Un fil de gastergut l'enserre au sommet d'un cône de la paroi. Deux fils de gastergut sont passés à la base du cône.



2) Coupe de la paroi après la mise en place de la Sonde de Pezzer.

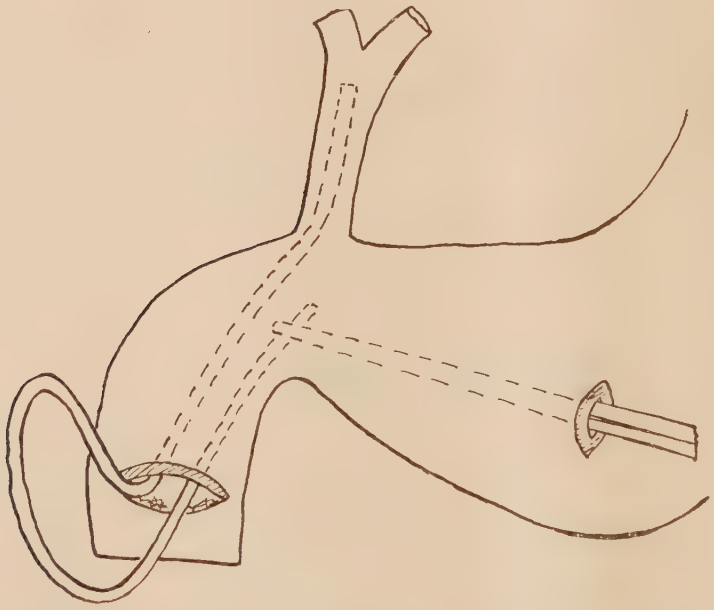
— *Deux variantes de la gastrostomie simple :*

a) en cas d'intervention sur le duodénum (duodénotomie, pour papillotomie, antroduodénostomie), il est parfois utile de placer en plus de la sonde de Pezzer gastrique, une sonde duodéno-jéjunale qui ressort par le même orifice de gastrostomie. La sonde gastrique, nous le verrons, nous a cependant parue toujours plus utile que la sonde duodénale.

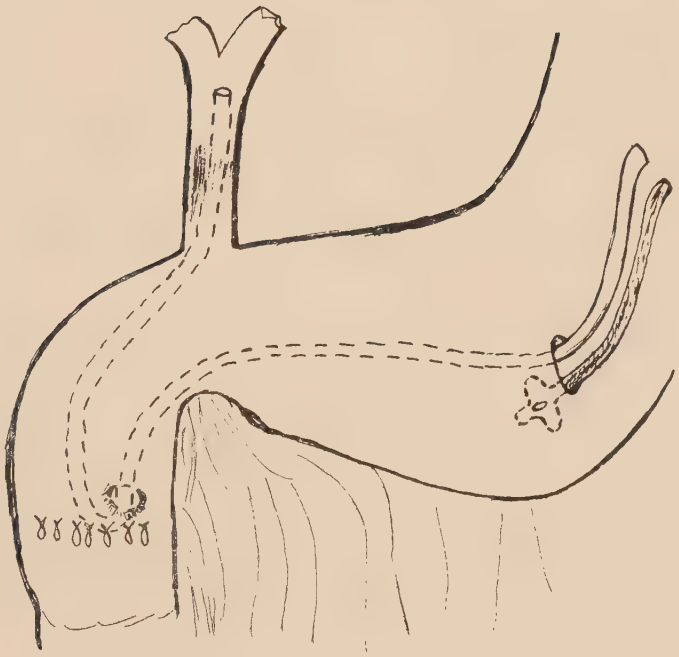


3) Sonde dudodénale et sonde gastrique empruntant le même orifice de gastrostomie, après duodénotomie.

b) en cas d'intervention sur les voies biliaires : (cholédocotomie, anastomoses bilio-digestives pour fistules ou rétrécissements), s'il a fallu placer un drain transpapillaire ou transanastomotique, nous le faisons également ressortir par le même orifice de gastrostomie, conjointement à la sonde de Pezzer gastrique, après lui avoir fait faire un cheminement rétrograde dans la lumière duodénale, pylorique, puis antrale. Dogliotti utilise aussi ce mode de drainage biliaire ressortant par un orifice de gastrostomie dans la cure des rétrécissements des voies biliaires, mais sans y adjoindre de sonde gastrique.



4) Mise en place par voie rétrograde d'un drain tuteur du cholédoque.



5) Drain tuteur du cholédoque transpapillaire et sonde de Pezzer gastrique ressortant par le même orifice de gastrostomie.

— Après l'intervention, la sonde de gastrostomie est simplement reliée à un grand bocal permettant un véritable siphonnage.

2° *La surveillance de cette gastrostomie* est aussi simple. La sonde d'aspiration est laissée en moyenne de 3 à 6 jours (au moins 5 jours en cas de vagotomie pour ulcus duodénal).

Elle est bien tolérée.

Une fois la sonde retirée, l'orifice qui existe entre les différents plans se ferme très simplement en 24 à 48 heures.

III. - Les avantages de l'aspiration transpariétale directe.

A) C'est une opération d'une *extrême bénignité* comme le prouvent les travaux étrangers et nos observations personnelles.

1° de multiples travaux ont attiré l'attention sur la bénignité des aspirations transpariétales après gastrostomie duodénostomies, ou jéjunostomies temporaires.

Thorek pratique une aspiration transanostomotique (anastomose œsophago-jéjunale ou gastrojéjunale) par un tube en T qui joue le rôle de tuteur et de calibreur de l'anastomose.

Gordon et Farnis ont insisté sur la valeur d'une aspiration par gastrostomie sur sonde en cas d'ulcère du duodénum traité par vagotomie et pyloroplastie.

Lippert et Coleman pratiquent, eux, après dissection d'un ulcère duodénal difficile, la duodénostomie du moignon.

Gildchrist utilise depuis plus de 8 ans la gastrostomie sur tube pour lutter contre la dilatation gastrique post-opératoire.

Pareira, Schneider, Ripstein, prônent aussi la gastrostomie sur sonde pour les aspirations post-opératoires nécessitant plusieurs jours.

2° Notre expérience nous a montré que les inconvénients de ce mode d'aspiration sont plus théoriques que réels. On lui a, en effet reproché :

a) le risque de fistule,

b) les ennuis éventuels liés à la fixation de l'estomac à la paroi.

a) *Le risque de fistule :* nous n'en avons jamais observée, seulement des retards de quelques jours à la fermeture de l'orifice, retards qui ont été sans conséquence.

— Grant, sur un lot de 580 malades gastrostomisés signale trois fistules pariétales dont une mortelle et trois lâchages avec issue du contenu gastrique dans la cavité péritonéale, mais ces complications sont survenues chez des malades gastrostomisés alors qu'ils étaient en pleine péritonite et il semble qu'il faille conclure à la contre-indication de la gastrostomie dans ces cas.

b) *Les ennuis de paroi :*

— les cas de suppuration sont rares, ils guérissent le plus souvent après un court délai ;

— quant aux adhérences créées par l'amarrage à la paroi, on s'aperçoit, en cas de réintervention chez ces malades ayant subi une aspiration transpariétale, qu'il n'existe qu'une adhérence lâche de l'estomac à la paroi sur une surface de 2 cm de diamètre environ et qu'elle est facilement clivable.

Travaux étrangers et personnels permettent de dire que la gastrostomie à minima est donc une intervention qui ne présente jamais de complications propres et

qu'elle peut être considérée comme essentiellement bénigne.

B) L'aspiration par gastrostomie temporaire à minima *a le mérite d'éviter tous les inconvénients de l'aspiration nasogastrique* signalée plus haut.

1) Elle ne gêne absolument pas le malade qui la tolère admirablement bien : elle contribue au véritable « confort post opératoire ».

2) Toujours efficace, elle ne se bouche pas et il est rare que, par suite d'un mauvais fonctionnement, d'un mauvais drainage, il faille se résoudre à ajouter à ce mode d'aspiration, une sonde d'aspiration par voie haute.

3) Elle évite des pertes hydro-électrolytiques trop importantes ; en effet, c'est plus une aspiration gastrique que gastroduodénale. La nécessité et l'utilité d'une aspiration gastrique pure plutôt que duodénale nous sont apparues au cours de la cure des ulcères duodénaux où nous pratiquons vagotomie et antroduodénostomie; alors qu'une sonde d'aspiration duodénale laissait persister des vomissements importants, et qu'elle augmentait les déperditions en aspirant toutes les sécrétions duodénales, la sonde gastrique, elle, paraissait aussitôt plus utile en faisant cesser vomissements et distension abdominale.

C'est donc une *aspiration gastrique* qu'il faut obtenir, et la gastrostomie devient le moyen idéal de la réaliser.

Sur le malade couché, la gastrostomie n'assurera que la vidange du trop plein, elle drainera essentiellement les gaz facteurs de distension constituant ainsi plus une soupape gazeuse qu'une véritable aspiration liquidienne (c'est la « venteel fistule » des Anglo-Saxons), et de la sorte alors que l'aspiration par voie haute reste aveugle et vide le malade de ses électrolytes et de son eau, l'as-

piration gastrique directe sera économe au maximum et évitera les pertes hydro-électrolytiques trop importantes.

4) Elle permet, une fois la décompression assurée, d'améliorer la nutrition des sujets fatigués et dénutris en autorisant une alimentation rapide et précoce.

INDICATIONS
DE LA GASTROSTOMIE TEMPORAIRE

Nous pensons pouvoir poser les indications de cette méthode d'aspiration de la façon suivante :

I. - Chirurgie de l'estomac.

A) *Gastrectomie :*

Nous ne pratiquons pas dans ce cas, systématiquement la gastrostomie. En effet, la bouche de gastrostomie ne tombe plus sur la ligne médiane ; il est préférable alors de faire sortir la sonde de gastrostomie non plus par l'incision médiane, mais par une petite boutonnière pariétale séparée, décalée sur la gauche.

B) *Ulcère duodénal :*

C'est dans la cure des ulcères duodénaux où nous pratiquons une vagotomie plus antroduodénostomie ou pyloroplastie, que l'intérêt de l'aspiration gastrique nous est apparu le plus clairement. En effet longtemps nous avons pratiqué le drainage gastroduodénal par voie haute mais les vomissements persistaient souvent malgré la sonde d'aspiration duodénale placée systématiquement en fin d'intervention et ce, à cause de l'hypersécrétion gastrique.

Il fallait utiliser alors la sonde à double courant de Peycelon et Keplumaz pour pallier à cet inconvénient mais la gêne pour le malade persistait bien entendu.

Depuis que la gastrostomie temporaire est utilisée comme moyen d'aspiration gastrique nous n'avons plus

observé aucun des inconvénients post-opératoires de la vagotomie. Nous pouvons affirmer que le drainage gastrique direct est un élément essentiel dans les suites opératoires de cette chirurgie particulière, et nous ne retrouvons plus aucun des accidents que l'on reproche au Dragstedt, depuis que, systématiquement, à la vagotomie avec pyloroplastie, nous associons la gastrostomie temporaire de drainage.

II. - Chirurgie des voies biliaires.

a) Chirurgie biliaire :

— lithiase vésiculaire ou cholédocienne,
— fistules bilio-digestives,
— duodénotomie.

Dans toute cette chirurgie biliaire, elle permet d'éviter les déperditions biliaires, qui conduisent à un déséquilibre électrolytique sévère, et que l'on reproche à juste titre au drainage externe : drain de Kehr ou drain transpapillaire.

Le simple raccord extérieur entre drain biliaire et sonde gastrique, permettra de récupérer la bile.

Une simple traction par l'orifice de gastrostomie permettra également de récupérer le drain transpapillaire ou transanastomatique.

III. - D'une manière générale :

— Chirurgie viscérale de tout l'étage sus-mésocolique : kyste hydatique du foie, chirurgie du pancréas, du grêle ;

— Interventions importantes telles que : anastomoses portocaves, anévrysmes abdominaux (Grant), à condition qu'au cours de l'intervention l'estomac soit aisément accessible ;

— En somme, chaque fois qu'un acte chirurgical important nécessite un contrôle de l'atonie gastrique, et que l'estomac se présente « sous la main ».

LES RESULTATS

I. - Travaux étrangers.

Dans un travail récent (Archives of Surgery, nov. 62), Grant et ses collaborateurs comparent l'aspiration nasogastrique et la gastrostomie temporaire post-opératoire.

Ils ont eu l'occasion, pendant 5 ans, sur 1.250 interventions, de pratiquer l'une ou l'autre méthode (670 cas d'aspiration nasogastrique, 580 cas d'aspirations par gastrostomie).

La comparaison des complications post-opératoires éventuelles,

— *complications respiratoires* (bronchopneumonies et pneumonies avec signes cliniques et radiologiques) ;

— *complications pariétales :* éventrations, déhiscences pariétales, plaide en faveur de la gastrostomie temporaire de décharge.

II. - Observations personnelles.

Nous-mêmes utilisons la gastrostomie temporaire depuis près de 3 ans. 350 malades en ont bénéficié.

Toutefois la presque totalité des observations qui s'y rapportent sont restées en Algérie. Nous ne pouvons citer qu'une dizaine d'observations récentes.

A) *Chirurgie des voies biliaires :*

M. C., 65 ans.

Lithiase Biliaire.

Fistule colécysto-cholédocienne avec gros calcul à cheval sur vésicule et cholédoque.

Traitement : Anastomose cholédoco-duodénale sur tuteur en caoutchouc, tuteur ressortant par voie rétrograde duodéno-antrale par un orifice de gastrostomie ou l'on a placé également une sonde de Pezzer.

Suites opératoires normales.

Ablation des drains au 6e jour.

Cicatrisation rapide. Fermeture spontanée de l'orifice de gastrostomie au 12e jour.

B. A., 62 ans.

Papillotomie transduodénale pour sténose du bas cholédoque.

Aspiration gastrique par gastrostomie transpariétale.

Sonde duodénale pour soulager la duodénotomie sortant par l'orifice de gastrostomie.

Suites opératoires défavorables en raison d'une azotémie et oligo-anurie.

Mort le 3e jour dans un tableau d'ictère grave.

T. C., 57 ans.

Lithiase biliaire avec hydrocholécyste.

Cholécystectomie simple. Aspiration par gastrostomie.

Suites opératoires excellentes.

Ablation de la sonde de gastrostomie au 4e jour.

Cicatrisation au 8e jour.

R. M., 55 ans.

Lithiase vésiculaire.

Gastrostomie d'aspiration.

Ablation de la sonde de gastrostomie au 4e jour.

Cicatrisation au 8e jour.

R. C., 73 ans.

Malade ayant déjà subi une cholécystostomie.

Actuellement mégacholédoque avec rétrécissement Oddien.

Papillotomie après duodénotomie.

Aspiration par gastrostomie par l'orifice de laquelle sort également un drain duodénal.

Suites parfaites.

Ablation de la sonde au 4e jour.

Cicatrisation au 9e jour.

B. P., 60 ans.

Gros calcul unique de la vésicule.

Cholécystectomie plus papillotomie après duodénotomie pour oddite scléro-œdémateuse importante.

Fermeture sur gastrostomie d'aspiration par laquelle sort également un drain duodénal. Suites favorables.

Ablation de la sonde au 5e jour.

Cicatrisation au 11e jour.

M. A., 58 ans.

Lithiase vésiculaire.

Cholécystectomie simple.

Gastrostomie d'aspiration.

Suites excellentes.

Ablation de la sonde de gastrostomie le 4e jour.

Cicatrisation au 8e jour.

B) *Indications d'ordre général :*

P. A., 53 ans.

Splénomégalie avec syndrome d'hypertension portale (hémorragies importantes).

Splénectomie. On termine par une gastrostomie d'aspiration.

Suites opératoires :ablation de la sonde de gastrostomie au 4e jour.

Il semble que l'on observe un retard de fermeture de l'orifice de gastrostomie avec une légère suppuration de la paroi. On s'aperçoit en réalité que l'orifice de gastrostomie s'est fermé dans des délais normaux et que la fistule pariétale qui laissera écouler des sécrétions purulentes pendant quelque temps est en rapport avec une collection sous-phrénique gauche.

C) *Chirurgie de l'estomac :*

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire récemment des opérations sur l'estomac.

De 1958 à 1962 cependant, 160 vagotomies plus pyloroplasties ont été pratiquées. Alors que nous réalisions l'aspiration gastrique par sonde nasale au début, progressivement celle-ci fut remplacée (dans une centaine de cas) par la gastrostomie temporaire.

Les résultats fonctionnels et généraux furent très bons. Si bien que nous considérons actuellement comme intervention de choix dans l'ulcère duodénal l'association : vagotomie, pylorotomie, gastrostomie temporaire.

— Sur tous ces cas récents on a toujours observé l'influence bénéfique de ce mode d'aspiration. Jamais de complications graves dues à la gastrostomie n'ont été relevées.

Le rôle favorable de cette méthode d'aspiration s'est montré particulièrement net sur la prévention des complications respiratoires et des complications pariétales qui étaient autrefois observées assez souvent plus spécialement chez le sujet âgé avec l'aspiration haute.

Elle a considérablement modifié les suites de la vagotomie.

Le confort post-opératoire, la simplicité des suites nous ont fait ainsi adopter l'aspiration gastrique post-opératoire par gastrostomie temporaire comme un procédé de routine.

CONCLUSIONS

La gastrostomie temporaire est préférable à l'aspiration nasogastrique chaque fois que la dépression digestive est nécessaire.

Elle semble indispensable et particulièrement indiquée :

— quand il s'agit de malades en mauvais état général ;

— quand il y a lieu de redouter des complications pulmonaires ;

— ou quand celles-ci sont déjà présentes ;

— quand une vagotomie a été pratiquée;

— quand on désire réalimenter précocement un opéré ou remplacer des pertes importantes lors d'une fistule digestive par exemple.

Vu : *Le Président de Thèse :* FABRE

Vu : *Le Doyen* LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 17 Juin 1963

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

GILDCHRIST. — *Gastrostomy tubes S.G.O.* 1958, 106, n° 5.

HEPP (J.). — Aspiration digestive à issue transpariéto gastrique. *Ent. Bichat* 1957, 13-26.

LIPPERT (K.), COLLEMANT (H.). — Duodenotomy in gastric for duodenal ulcer. *Amér. J. Surgery* 1958, 95, n° 5.

PAREIRA (N.), WEB (M.). — Transanastomotic tube feedicy poll gastric surgery. *Arch. Surg.* 1958, 77, n° 12-6.

RIPSTEIN (Ch.), SCHNEIDER (K.). — An apraisal of temporary gastrostomy and enterostomy. *Amer. J. Surgery* 1958, 96, n° 1, p. 90.

THOREK (P .), DURON (R.), FORTUNA (A.P.), KONJAK (J.). — The use of the tube in œsophagogastro intestinal surgery. *Journ. Intern. Surgery* 1958, 29, n° 3.

GAVRILIU. — Gastrostomie minime avec colleret péritonéal. *Chirurgie Bucarest,* n° 1, 1951.

LAGROT, GRECO, LAVERGNE. — L'Aspiration gastrique post-opératoire par gastrostomie temporaire à minima. *Annales de Chirurgie* 1961, vol. 15, n° 5-6, 273-276.

GRANT (G.N.). — Comparaisons entre aspiration nasogastrique et gastrostomie temporaire post-opératoires. *Archives of Surgery,* 5 nov. 1962, n° 85, 844-850.